様式第2号（第2条、第3条関係）

（新　規・継　続）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養育医療意見書 | | | | | | |
| ふりがな  氏　名 |  | | 性  別 | 男  女 | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 在胎週数 | （単胎／双胎（　）胎） | | | | 出生時の体重 | ｇ |
| 症　　状　　の　　概　　要 | ※　下記の症状で未熟性に起因する項目があれば○をつけてください。 | | | | | |
| 一般状態 | 1. 運動不安・痙攣 2. 運動が異常に少ない | | | | |
| 体　温 | 1. 摂氏34度以下 | | | | |
| 呼吸器  循環器 | 1. 強度のチアノーゼ持続 2. チアノーゼ発作を繰り返す 3. 呼吸数が毎分50以上で増加傾向 4. 呼吸数が毎分30以下 5. 出血傾向が強い | | | | |
| 消化器 | 1. 生後24時間以上排便がない 2. 生後48時間以上嘔吐が持続 3. 血性吐物がある 4. 血性便がある | | | | |
| 黄　疸 | 1. 生後数時間以内に発生　　　（２）異常に強い | | | | |
| その他の所見  （合併症の有無等） |  | | | | |
| 診療予定期間 | 年　　　月　　　日　から　　　　　年　　　月　　　日　まで | | | | | |
| 現在受けている医療 | 保育器の使用　　人工換気療法　　酸素吸入　　経管栄養　　持続静脈内注射  その他の治療 | | | | | |
| 症状の経過 |  | | | | | |
| 上記のとおり診断する。  　　　　　　　　　年　　　　月　　　日  指定養育医療機関名  郵便番号　　　　　　－  所在地  電話番号　　　　　　－　　　　　－  医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | |